X

10.

LA

CHIRURGIA RENALE

PER IL

Prof. ANTONIO D'ANTONA

ESTRATTO DALL'ARCHIVIO ED ATTI
ELLA SOCIETÀ ITALIANA DI CHIRURGIA ANNO III.

ROMA
COI TIPI DI MARIO ARMANNI
nell'Orfanotrofio Comunale alle Terme
1887

LA

CHIRURGIA RENALE

PER IL

Prof. ANTONIO D'ANTONA

ESTRATTO DALL'ARCHIVIO ED ATTI
ELLA SOCIETÀ ITALIANA DI CHIRURGIA ANNO III.

ROMA
COI TIPI DI MARIO ARMANNI
nell'Orfanotrofio Comunale alle Terme
1887



SULLA CHIRURGIA RENALE

D'ANTONA. — Signori. L'estirpazione del rene proposta ed eseguita per la prima volta da Simon di Heidelberg, e con successo, nel 1871, ha interessato sommamente i chirurgi di questo ultimo decennio, e tutti i congressi chirurgici di questi ultimi anni se ne sono occupati.

Molto s'è scritto e discorso su questa creazione della moderna chirurgia. E comunque gli operatori e le operazioni eseguite si contino oggi a centinaia, pure si può dire che pochi argomenti della chirurgia danno oggi occasione a sì fondamentale discrepanza tra i diversi chirurgi ed operatori, quanto quello della nefrectomia e nefrotomia.

E non è solamente sui metodi e tecnica operativa che gli apprezzamenti ed i giudizi sono discordi, bensì sulle indicazioni.

E per vero, essendo il rene nella posizione di poter essere rimosso per diverse vie, ed essendo varie ed assai differenti per la loro importanza i processi morbosi renali, pei quali la nefrectomia può esser richiesta, e d'altra parte non essendo ancora la scienza abbastanza ricca di studi ed esperienze su questo moderno argomento, è naturale, che le questioni ancora vive siano molte e le opinioni dei chirurgi assai discordanti.

Una cisti o un tumor ovarico ha presso a poco la stessa importanza sugli organi addominali e salute generale, quanto quella di un'idronefrosi. — La via intanto ed i precetti chirurgici per rimuovere un tumore ovarico, dopo le esperienze di centinaia d'operatori e di operazioni a migliaia, sono abbastanza precisati e convenuti, non così per un tumore idronefrotico.

Una pielonefrite purulenta o settica d'altra parte ha ben altra importanza che una semplice idronefrosi; ed il potere estirpare il rene siffattamente alterato per la via lombare o per la peritoneale importa solenne differenza di procedimento, e dà una sufficiente spiegazione delle dispute sui metodi da preferire. Dopo le proprie esperienze di questi due ultimi anni, per es., le mie convinzioni sulle indicazioni e tecnica delle nefrectomie si sono un pò modificate da quelle che erano; e chi lo sa se da qui a pochi altr'anni di esperienda non verranno a modificarsi anche queste, che vado adesso a sostenere. — La ragione è che nello stato attuale della scienza non siamo ancora nel caso di poter giudicare ogni circostanza o fatto pel suo giusto e ben definito valore.

Non è mio proposito discorrere qui dell'argomento in generale e con quella larghezza, che si richiede. Io voglio solamente toccare quelle sole quistioni, per le quali le mie osservazioni possono avere un significato illustrativo.

Io ho eseguito in tutto nove nefrectomie, cioè:

3 per idronefrosi (una delle quali operata per cisti ovarica o retroperitoneale)

1 per cisti d'echinococco.

1 per pielonefrite tubercolare

1 per sarcoma

3 per pielonefrite calcolosa suppurativa e settica.

Nel nostro Congresso Chirurgico di Roma del 1882 io ebbi l'onore d'esporre e presentare il primo caso di nefrectomia per tubercolosi del rene. Sono lieto poter ora dire che la giovane Signora Teresa Lanzara gode a Napoli la più perfetta salute, e che avendo abortito nel 1884, ora ha una bella bambina di otto mesi.

D'allora ho eseguito altre nefrectomie ed un' estirpazione di sarcoma renale. Di quest'ultimo e di due idronefrosi mi trovo aver parlato nei miei Saggi di Chirurgia Addominale. Mi limiterò qui a parlare delle altre cinque storie.

Le osservazioni che mi si sono offerte di tumori renali, dopo che il pubblico medico Napolitano apprese e si convinse della possibilità d'un efficace intervento chirurgico, sono state moltissime, ed avendole raccolte e studiate sempre con speciale interesse, credo d'avere ottenuto dei risultati e dei convincimenti, che mi pare valga la pena d' esporre al giudizio di questo illustre congresso; ed in primo luogo delle:

1. Questioni Diagnostiche

Non credo possa più dirsi che la diagnosi d' un tumoree d'un processo renale sia difficile. Essi d'ordinario acquistano forma, posizione, andamento così caratteristici, che la diagnosi realmente non riesce difficile.

L'ingrandimento o il tumor renale col quale di sovente s'esplicano i più importanti processi dell' organo ha difatti un modo singolare di insorgere e di procedere.

Nei primi periodi esso è allogato ed in buona parte s'asconde di sotto le costole e specialmente a sinistra. Non appena lo spazio retroepatico o retrosplenico non permette più l' ingrandimento in quel senso, il tumore comincia ad esplicarsi bene di sotto al margine della dodicesima costola. Per nessun verso colla vista può scovrirsi in questo periodo una qualsiasi deformità o gonfiore della regione. — Le spesse masse muscolari ed aponevrotiche in dietro, la notevole distanza o spazio interposto fra il tumore e le pareti laterali e specialmente anteriori dell'addome, spazio occupato dal colon e dal tenue, organi assai mobili e compressibili, non permettono che gli incipienti rigonfiamenti renali s'esplichino all'esterno.

Epperò essi possono bene apprezzarsi colla palpazione. Colla mano infossata di sotto l'ipocondrio difficilmente si riesce, perchè le due dita raggiungendo il segmento inferiore del tumore con una pressione diretta obbliquamente d'avanti in dietro e da sotto in sopra, tendono piuttosto a spingerlo in dietro ed in sopra, onde è che la massa non essendo fissata e non abbastanza grossa e resistente, la mano attraverso le anse intestinali interposte non può riconoscerla e tanto meno precisarla nei suoi limiti. Invece si riesce nettamente colla palpazione bimanuale combinata. Mentre le quattro dita d'una mano poggiate di sotto la dodicesima costola, il più vicino possibile al margine esterno delle masse muscolari del lungo dorsale, premendo sollevano e fissano il segmento inferiore del tumore, coll'altra mano senza bisogno d'avvallare molto le pareti addominali e potendo meglio comprimere le anse intestinali sottoposte, si raggiunge agevolmente la superficie antero-inferiore del tumore sostenuto e venuto più innanzi. Così si può, inoltre, costatare la perfetta trasmissione

attraverso un corpo resistente degli impulsi impressi da una mano all'altra.

Il tumore, col suo progressivo accrescimento dopo essersi addossato strettamente al diaframma ed alla faccia concava del fegato o alla milza, discende in giù nella fovea lombare dell'addome; e procedendo oltre si addossa da un lato alla colonna vertebrale e dall'altro alle pareti addominali laterali. E poichè questo incremento s'è fatto nel connettivo sottoperitoneale, proprio nel punto dove i due foglietti del mesocolon si dispiegano per svolgersi in due direzioni opposte (una in dentro verso la colonna vertebrale e l'altra in fuori contro le pareti addominali), ne consegue che questi due foglietti venendo maggiormente dispiegati ed allargati, finiscono per trovarsi d'involgere la parete anteriore del tumore. Il colon corrispondente resta così fissato di fronte al tumore e alla sua superficie anteriore, e tanto più quanto i due foglietti sono stati distesi.

Con questo meccanismo di trazione e spostamento dei foglietti mesocolici, e col fatto che il rene ingrossandosi procede secondo la disposizione del connettivo sottoperitoneale, e quindi rasentando e scorrendo dal lato interno verso la colonna vertebrale, dall'altro verso la parete laterale dell'addome, ne segue che il seno di riflessione del foglietto posteriore mesocolico viene più o meno spostato in avanti; e quindi non esistendo più sacco peritoneale nella regione lombo-laterale non possono quivi capitarvi anse intestinali.

In un caso di enorme ingrossamento renale, che ho visto e che supposi idronefrotico, anche il cieco era spostato in avanti, e la fossa iliaca corrispondente vuota.

La posizione quindi anteposta del colon di fronte al tumore è d'un valore diagnostico grandissimo, per significare che il tumore è retroperitoneale, e che s'è svolto nello spazio intermesocolico, d'onde la probabilità dell'origine renale.

Spesso basta riconoscere l'immobilità dell'ansa intestinale anteposta e la sua direzione sagittale al fronte del tumore per convincersi che quello è il colon; se no, si può confermare il fatto con clistere d'acqua semplice, oppure con iniezioni successive di liquidi alcalini e poi d'acidi.

L'altro fatto fisico che deriva da quella disposizione è che dal sito di quell'aia timpanitica colica ad andare indietro verso la colonna vertebrale, la percussione è perfettamente vuota.

Solo alla parte esterna ed anteriore della fossa iliaca si rileva la

percussione ciecale. Anche quest'aia ho visto così spostata in avanti, da trovarla innanzi alla linea della spina iliaca antero-superiore prolungata in alto.

Io non so se altri tumori che non siano renali o perirenali possano assumere quei particolari rapporti col colon, e col resto degli intestini.

Intanto ci sono tumori renali che possono presentare rapporti assai diversi da quelli descritti.

Il tumore della VI. osservazione (cisti da Echinococco) presentavasi più prominente ed addossato alle pareti addominali in corrispondenza della linea papillare prolungata in basso, e propriamente di sotto le cartilagini della VI, VII e VIII costola. Ebbene dietro quella sezione più prominente e palpabile del tumore, e propriamente verso l'ipocondrio eranvi anse del tenue riconosciute alla percussione, e poi durante l'operazione.

Ma specialmente fu nella IX osservazione che il fatto assunse per me un' importanza, che mi fece dubitare dell'esattezza delle cose che io credeva, e che ho or ora espresso circa i rapporti degli intestini e del colon coi tumori renali.

Nell' Emilia Marzano (Idronefrosi parziale) il tumore, grosso quanto la testa d'un bambino o poco meno, si mostrava prominente ed addossato alle pareti addominali per un'aia grande quanto la vola d'una mano nella regione ombelicale e periombelicale sinistra. — Tutto attorno a quella limitata aia la percussione era timpanitica intestinale, quindi tutto l' ipocondrio e fianco sinistro erano occupati da intestini. Nè sul fronte limitato del tumore potè essere cosntatata alcuna ansa intestinale fissata. Anche il colon discendente era all'esterno del tumore.

Il corpo di questo poi era così mobile, come solamente nei piccoli tumori ovarici a lunghissimo picciuolo, o negli epiploici, è dato osservare. E di vero io poteva senza alcuna difficoltà portarlo in tutte le regioni dell'ambito addominale. Dopo averlo ricondotto di sotto gli archi costali di sinistra, mi riusciva agevolmente farlo scendere sino alla fossa iliaca del lato destro e da per ogni dove.

Quando colla laparotomia potè confermarsi il nostro sospetto di rene idronefrotico, a prima giunta parve ragionevole dover supporre che il rene dovea essere mobile pria d' ammalarsi, ed è probabile che così sia stato. Ma poi considerando bene il fatto, e

traendo elementi di giudizio da un'altra mia precedente osservazione, e d'una ultima ancora che ora ricorderò, mi sono persuaso che altro è il comportarsi degli ingrossamenti renali, congiunti a processi flogistici adesivi attorno, ed altro è quando il rene fattosi più voluminoso, non potendo più contenersi nella sua normale cuccia, favorito dalla lassezza del connettivo che lo circonda , scorre ai lati ed in avanti della colonna vertebrale, specialmente se è a sinistra.

Se il rene normale circondato com'è, e fissato da tessuto connettivo, va incontro agevolmente a spostamenti, immaginiamo quanto ciò debba esser facilitato quando esso, senza acquistare nuovi legami od aderenze più forti, è ingrossato e reso più pesante. E se alle due condizioni fisiche che favoriscono lo spostamento, cioè il peso maggiore e il volume sproporzionato allo spazio, che dovrebbe contenerlo, s'aggiunge l'accresciuta superficie di contatto del rene col diaframma, per cui esso viene a raccogliere immediatamente e più largamente gli impulsi e la pressione del diaframma negli atti ispiratori, s'intende agevolmente come i lassi legami del rene debbano riescire assai insufficienti a tenerlo fissato.

Un rene normale resosi mobile può bene scorrere sotto il peritoneo e scendere giù sino alla fossa iliaca, senza abbandonare la parete muscolare lombo-iliaca. Ma un rene ingrossato non può scorrere per quell'angusta via. È perciò che procede ai lati ed in avanti della colonna vertebrale distendendo e covrendosi a preferenza del foglietto anteriore del mesocolon e mesentere lasciando così in fuori e in dietro il colon, il foglietto posteriore e la sua porzione riflessa, dove perciò possono capitare ed allogarsi anse intestinali. Così è che in fuori del tumore verso la parte posteriore lombo-ipocondriaca la percussione può essere timpanica.

La prima mia nefrectomia operata per cisti retro-peritoneale e la sesta (cisti d'echinococco) presentavano appunto quei particolari topografici riconosciuti al letto delle inferme e confermate coll'apertura del ventre. Ma dove la posizione fu più nettamente precisata è appunto nella IX ed ultima nefrectomia. Il rene ingrossato emergeva così da mezzo il pacchetto degli intestini, come se provenisse addirittura dalla colonna vertebrale.

Ultimamente ebbi l'occasione d'osservare un caso consimile. Se non che il tumore era a dritta. — Signorina, d'anni 22, cugina del

Dott. Lutrario, assistente del prof. De Renzi. Nello spazio interposto fra i margini cartilaginei della VI, VII ed VIII costola, e la cicatrice ombelicale osservavasi un tumore globoso mobilissimo, che poteva ricondursi di sotto e dietro del fegato e quindi sentirlo attraverso le masse muscolari lombari, oppure spostarsi in basso fin sotto la cicatrice ombelicale lasciando il fegato in posto ed in alto e quindi molto discosto dal tumore. In più guise potei convincermi che il colon era fissato di fronte al tumore, mentre le anse del tenue restavano indietro ed in fuori, quando esso giaceva di contro la parete peri-ombelicale dritta.

Non così procedono le cose quando l'ingrossamento renale procede congiunto a lente flogosi perinefritiche. Allora esso divenuto più fissato ed aderente, crescendo maggiormente, non potendo più abbandonare le pareti posteriori addominali, alle quali aderisce, invece di procedere lasciando infuori ed indietro le anse intestinali, si sviluppa in basso ed infuori scorrendo contro le pareti addominali laterali, scollando e spingendo in avanti il foglietto posteriore mesocolico, e la sua porzione riflessa specialmente.

Questi sono i casi, nei quali il colon è fissato di fronte al tumore e la sua risonanza segna l'estremo limite laterale o esterno della risonanza timpanica, oltre il quale sino alla colonna vertebrale in dietro la percussione è vuota.

Le dilatazioni ed ingrossamenti renali per pielonefriti che si associano, come si sa, a perinefriti sono quelle appunto che assumono più comunemente quella speciale disposizione topografica. Ma può fare lo stesso un'idronefrosi, se vi s'accompagnano fatti di flogosi attorno.

In conclusione, la porzione anteposta e fissa del colon di fronte al tumore, e la risonanza vuota da quella linea segnata dal colon (che in genere varia tra la linea ascellare e papillare prolungate in basso) in dietro sino alla colonna vertebrale sono dei dati diagnostici d'un valore decisivo per un tumore renale o perirenale. Essi però possono mancare; ed è quando il rene prima mobile, o resosi tale dopo l'ingrossamento morboso, scorre ai lati e in avanti della colonna vertebrale. Per la qual cosa la mancanza di quei fatti fisici non hanno un valore positivo nel senso di contradire l'esistenza d'un tumore renale.

La posizione dell'intestino anteposto al tumore ha un altro

significato semiologico, ed è quello d'escludere un tumore epatico o splenico. E per fermo questi nel loro sviluppo si tengono sempre strettamente applicati contro le pareti addominali.

Se normalmente quella è la posizione ed i rapporti di quegli organi colle pareti addominali, maggiormente e con più ragione quei rapporti debbono mantenersi quando essi ingrossano. Un'espressione di quest'ultimo fatto si ha nella forma arcuata degli ipocondri e della base del torace negli ingrossamenti epatici o splenici.

Manca normalmente, adunque, ogni ragione fisica perchè gli intestini fissati e trattenuti dal loro mesentere, vengano ad anteporsi al fegato o alla milza, e maggiormente poi quando questi organi per una ragione qualsiasi s'ingrossano.

Nei grandi tumori a contenuto liquido del fegato (echinococco, ascessi) o della milza, talvolta tutta la regione ipocondriaca e lombare è così piena e distesa, che i colon essendo spinti in basso ed in avanti, la risonanza di percussione può mostrarsi vuota dalla regione periombelicale ed epigastrica sino indietro verso la colonna vertebrale. Anzi si può sentire così piena della massa del tumore la regione propria del rene, e così vicina di sotto alle masse muscolari lombari, da far pensare ad un tumore renale. — In casi somiglianti oltre le particolarità della posizione anteposta degli intestini nel tumore renale, e la possibilità di scovrire un'aja di percussione chiara timpanitica nella sezione lombare, specialmente a sinistra nel caso di tumore epatosplenico m'è parso potere escludere ogni ragione di dubbio, riflettendo al modo diverso di esplicarsi e crescere del tumore nell'un caso e nell'altro.

Ed in vero un tumore epatico così grosso, come l'ho supposto, da riempire la regione lombo-ipocondriaca, pure essendo localizzato all'ala grande, d'ordinario si estende lungo e di sotto gli archi costali da raggiungere l'epigastrio e più oltre ancora verso il lato opposto. Laonde il diametro trasversale del tumore da dietro in avanti è molto esteso, non così l'ingrossamento renale, il quale essendo d'ordinario più lungo che largo, come è la figura del rene normale, scende in basso sino alla fossa iliaca e talvolta più giù ancora ed avanti del promontorio sacro-vertebrale; ma in alto uscendo di sotto gli archi costali, difficilmente oltrepassa la linea papillare prolungata in basso, oltre la quale perciò il tumore non si scovre più.

In altre parole il rene ingrossandosi affetta una forma oblungata diretta dall'alto e da dietro in basso ed in avanti, mentre il tumore epatico è più largo trasversalmente più di quello almeno che possa fare un tumore renale.

Nella mia osservazione IX il tumore, che stava un poco in fuori e di sopra della cicatrice ombelicale e che per piccola estensione era applicato direttamente contro le pareti addominali, avrebbe potuto credersi splenico, tanto più che spingendolo in alto si riusciva a riporlo nella regione profonda posteriore dell'ipocondrio. Ma poichè il tumore da ogni lato ed anche dal lato superiore verso gli archi costali era circondato da un' aia di percussione timpanico-intestinale, non poteva pensarsi alla milza.

Difatti un tumore splenico dovendo discendere giù nel cavo peritoneale scorrendo contro la pareti diaframmatico-addominali avrebbe dovuto, discendendo, spingere in basso ed indietro le anse intestinali, o ad ogni modo non permettere che anse intestinali potessero interporsi in alto tra il tumore e le pareti addominali.

Questa disposizione può essere solamente assunta da un tumore retro-peritoneale che a differenza dell'intra-peritoneale (si lasci passare la parola) facendosi strada lungo i lati della colonna vertebrale venisse ad avvicinarsi alle pareti addominali, dissociando i mesocolon, spingendo in avanti il mesentere e ricacciando attorno da per ogni lato le anse intestinali.

Altro importante fatto osservato in quel caso fu il seguente.

Ricacciando il tumore dalla regione periombelicale indietro e in sopra pareva che esso affondandosi si discostasse dalle pareti costali e l'aia scoverta del tumore che dava prima percussione vuota, veniva a scomparire per divenire timpanitica. La quale cosa significava che quando il tumore si affondava, le anse intestinali venivano a covrirlo e quindi ad interporsi tra esso e le pareti addominali. Era impossibile conciliare questi fatti con un tumore splenico.

Piccoli tumori ovarici o periuterini possono affettare quella disposizione retroposta agli intestini, ed è quando il tumore ovarico non è così grosso da raggiungere col suo segmento anteriore la parete addominale mentre il posteriore poggia sulla corrispondente fossa iliaca e distretto superiore. E l'ovaio resta retro-intestinale finchè il tumore non potendo più svilupparsi indietro verso la fossa iliaca e colonna vertebrale, procede in avanti sino a raggiunge-

re la parete anteriore addominale, scacciando gli intestini ai lati.

Per la milza e per il fegato la faccenda è differente: questi organi nel loro impianto sono anteposti agli intestini e scendendo, specialmente se di pari passo ingrossano, si addossano sempre più alle pareti addominali. E gl'intestini fissati, o meglio trattenuti dalla radice del mesentere impiantato sulla colonna vertebrale, si retropongono.

In ultimo il modo come si palpa il tumore renale da dietro i lombi ha qualche singolarità. Certamente palpando un tumore attraverso molti tessuti il chirurgo esercitato arriva spesso a calcolarne lo spessore. Se a mo' d'esempio palpa un tumore immediatamente di sotto le pareti addominali si ha una sensazione differente da quella che si ha quando lo si raggiunge attraverso uno spessore di tessuti maggiore, specialmente se tra questi vanno comprese anse intestinali.

Ora quando con la combinata esplorazione bimanuale, le dita, applicate ed infossate nell'angolo che fa il margine inferiore della 12ª costola con la massa muscolare del lungo dorsale, percepiscono vicino, proprio sotto le pareti addominali l'impulso impresso al tumore dalla mano applicata anteriormente su l'addome, si può dedurne che il tumore, addirittura applicato contro la parete muscolare, non può essere che un tumore renale o perirenale, i quali sono appunto quelli che fin dal loro inizio assumono quella posizione. Quelli del fegato possono farlo, ma a sviluppo grande del tumore, e dopo ch'esso si è esplicato innanzi ed ha distese abbastanza le pareti toraco-addominali. Anche sull'immobilità, o no del tumore renale ed epatico voglio dire qualche cosa. Si dice che questo sia mobile secondo gli atti respiratori, quello no. Più di una volta mi è riuscito rilevare l'inesattezza di questo concetto. Non dico di quella singolare osservazione 9ª, ma mi riferisco semplicemente alla 7ª e specialmente all'8ª di pielonefrite suppurata settica, con discreta fissazione del rene per perinefrite. Ebbene il polo o estremo inferiore del tumore, che scendeva fin a metà della fossa iliaca, subiva un movimento di escursione in giù di tre centimetri e più nelle profonde ispirazioni. Si è ritenuto sempre il contrario, non perchè si fosse rilevato con le osservazioni, ma perchè dedotto da considerazioni topografiche del rene. Se esso non ha connessioni con quella porzione di diaframma, che veramente si abbassa, nella ispirazione non può, si diceva, raccogliere gli impulsi ispiratorii, senza pensare che il rene ingrossandosi s'innalza col polo superiore

sì da raggiungere e spingere la parte rifles saretro-epatica del diaframma, così che negli abbassamenti diaframmatici si debbono muovere in massa tumore renale e diaframma.

II. Di alcuni Sintomi e Decorso.

Dei disturbi funzionali del rene dirò poche parole. Dalle storie che narrerò si potrà rilevare quanto differenti essi sieno nei diversi morbi e collo stesso morbo nei diversi individui. L'idronefrosi una volta è stazionaria con semplici oscillazioni nel volume e nel grado di tensione del tumore e con ricorrenti variazioni nella qualità e quantità d'urina, altra volta è costantemente progressiva, secondo che le vie escretive si fanno ricorrentemente impermeabili o no. Qualche volta è congiunta a sofferenze, il più delle volte decorre senza malessere anche nei casi sempre progressivi e quindi con permanente occlusione.

La pielonefrite suppurativa semplice o settica si congiunge spesso coll'emissione d'urina purulenta: mescolanza di pus che può essere costante, ma in proporzioni maggiori o minori coll'urina. Talvolta è a periodo che appare l'urina marciosa. Un bel giorno le urine si fanno perfettamente limpide e la molestia del mingere si tempera come si può leggere nella storia VII. Ed il divenire limpida dell'urina coincideva là coll'innalzamento febbrile, coll'ingrandimento del rene, con la sua maggiore sensibilità: fatti poi che si modificavano col ricomparire del pus nell'orina.

La pielonefrite una volta è semplice suppurativa, altra volta è settica.

Nella 3ª nefrectomia il contenuto era purulento o almeno puriforme, eppure per 7 anni non vi furono mai sofferenze, mai febbre, nè deterioramento generale. Il contenuto era del tipo e delle proprietà del pus dell'ascesso freddo, e cioè non flogogeno e non infettante; quindi innocente e indifferente sui tessuti coi quali era in contatto, e non infettivo sull'organismo.

Non è accidentale nè indifferente che nel rene abbia luogo un processo suppurativo del tipo acuto, e che io preferisco chiamare infettivo, o un processo suppurativo settico.

Nella mia 1ª nefrectomia per piolonefrite tubercolare nonostante

la vastissima raccolta, e la sua lunga durata non si ebbe alcun dato per ammettere un qualsiasi accenno di sepsi.

Le febbri ricorrenti per quattro mesi furono costantemente del tipo della pioemia semplice cronica in relazione a focolai chiusi ed occulti di suppurazione del tipo sub-acuto. Fatto che ho potuto confermare in più d'un caso d'ascessi perinefritici, probabilmente connessi e derivati da suppurazione nefritiche. Non così quando al processo suppurativo si congiunge il settico. Allora la febbre è del tipo continuo remittente, o subcontinuo.

La fuoruscita libera del pus bonum talvolta segna la caduta della febbre. Non cosi costantemente e si risolve il movimento febbrile quando è di natura settica.

Spesso il prodotto purulento d'infiammazione acuta o subacuta, e suindi infettiva, cessa di passare nel circolo e dare le febbri così dette quppurative, sol perchè si rimuove la forte pressione, sotto la quale sta quel prodotto. E di vero le pareti e i tessuti attorno a una cavità ascessoide induriti per infiltrazione plastica, ed i vasi trombizzati non offrono le migliori condizioni per l' assorbimento del prcdotto (micrococco piogeno ?) che si forma e si raccoglie nel focolaio suppurativo. Occorre spesso il concorso della pressione perchè quell'assorbimento si compia.

Quando il prodotto purulento è divenuto guasto per processo di sepsi, allora pare che le condizioni si mutino. Le pareti della cavità vanno in preda a processi distruttivi di necrosi, e necrobiosi, si fanno soluzioni di continuo, e lo stesso processo di sepsis si estende ancora agli essudati, trombi ed altri elementi organici, che costituiscono tutti i tessuti attorno. Accade allora che prodotti di sepsis si formano nel parenchima dei tessuti, che stanno attorno alla cavità purulenta. Noi sino a pochi anni or sono, per esprimere questo potere grande dei processi settici ad estendersi, ci servivamo d'un'espressione e dicevamo: il virus settico ha un potere assai diffusibile. Oggi possiamo dire che il micrococco settico ha un potere d'emigrazione e d' infiltrazione superiore al microcco purulento, e questo probabilmente perchè il primo ha un potere eminentemente necrotico o distruttivo, che l' altro non ha. Anche perchè col processo di sepsis si producono dei veleni speciali (ptomaine) che facilmente passano nel circolo. Ma senza insistere solamente su quelle proprietà assai differenti di quei due agenti morbosi, la quale cosa po-

trebbe a qualcuno sembrare non abbastanza giustificata, ma solo considerando la peculiare maniera, onde il processo settico considerato nel suo assieme e nei suoi ultimi risultati opera sulle pareti e sui tessuti attorno la cavità della raccolta, si trova una sufficiente spiegazione del fatto che il processo suppurativo acquista un carattere eminentemente diffusivo quando diviene settico; diffusione verso le vicinanze e quindi tendenza all'estensione del processo, diffusione verso la corrente generale circolatoria e quindi infettiva.

A qualcuno potrà forse sembrar strano che io ora venga a discutere una domanda che fo a me stesso e che sarebbe questa: Perchè ai traumi ed insulti che un calcolo fa sul tessuto renale, una volta sussegue semplice infiammazione iperplastica, organizzante, cicatriziale o tutto al più una ritensione da occlusione, ed altra volta una infiammazione suppurativa, il cui prodotto or si mantiene purulento or si fa settico? E va da sè che la sepsis importa fondamentale mutamento nell'assieme del processo e delle sue conseguenze.

Ognuno può valutare la differente importanza di quegli stati morbosi, per alcuni dei quali il chirurgo talvolta è portato alle più gravi operazioni, mentre altri possono sopportarsi con poche molestie e niente pericolo. Nessuno quindi vorrà sconoscere il grande interesse che per noi può avere il conoscere le ragioni intime di quelle tanto differenti evoluzioni degli effetti d' una stessa cagione, specialmente quando io affermo che fattore principale, se non unico delle fasi cattive, suppurative, e poi settiche d' un processo renale da semplice trauma, è appunto il chirurgo.

Noi oggi non possiamo più dire che la lesione più o meno profonda, l'irritamento maggiore o minore indotto dal calcolo sul tessuto renale, sia la ragione perchè il processo prenda differente fisonomia. Se un focolaio di frattura, di contusione, di lacerazioni profonde per lussazione debba divenir sede d'un semplice processo organizzato riparatore oppure d'uno suppurativo e distruttivo dipende forse dal grado maggiore o minore di offesa od alterazione fisica ?

Le lacerazioni i maltrattamenti, i pestamenti e le distruzioni caustiche dei nostri tessuti hanno più per noi un valore di cagione patogenica di processi infiammatori suppurativi e tanto meno settici ?

Come adunque per le altre sedi esterne noi oggi non possiamo intender un' acuta suppurazione e tanto meno un processo di sepsi senza l' intervento del micrococco suppurativo e settico, lo stesso

dobbiamo dire dei processi renali. E parimenti come pei focolai esterni, ma chiusi, d'acuta suppurazione o sepsi noi ammettiamo nella grande maggioranza dei casi l' infezione provenire da lesioni inapprezzabili periferiche, ed eccezionalmente per la via del sangue, così pure dobbiamo credere pei focolari renali.

Che un' infezione suppurativa settica, o d'altra natura possa intervenire in un facolaio chiuso per l'arrivo di germi circolanti o trasportativi dalla corrente circolatoria, non è a dubitare.

Parlano in questo senso le osservazioni cliniche di recenti e ben organizzati calli ossei, di giovani aderenze e di cicatrici sciolte da fusioni purulente o settiche per accidentale pioemia o setticoemia ma più decisamente ancora parlano gli esperimenti.

Sono troppo noti i risultati sperimentali di Chaveau sul bistournage. La sequestrazione sottocutanea del testicolo per torsione del funicello dava l'atrofia del testicolo, oppure la fusione purulenta settica secondo che l'animale era sano o infettato artificialmente con materiale settico.

Insorge grave l'osteomielite in semplice frattura sottocutanea; quando l'animale è infettato con iniezioni del micrococco relativo.

Possono forse esservi casi di piolonefrite suppurativa settica senza infezioni venute direttamente o propagate dalle vicinanze, i quali casi colla spiegazione e cogli esempii or ricordati non derogano affatto alla legge stabilita, che la suppurazione acuta e la settica renale, come tutte le altre, dipendono essenzialmente dall'intervento del micrococco relativo.

Ma quei casi, appunto nei quali il processo è provocato per la via circolatoria, rappresentano l'eccezione di contro a quei, nei quali i processi renali vengono determinati da propagazioni dalle vie urinarie e spesso indotti incoscientemente dal chirurgo. Nelle mie osservazioni 3ª e 4ª appunto perchè ivi non occorse occasione a cateterismo, e la comunicazione del rene colla vescica era del tutto interrotta, la suppurazione avvenuta si condusse come nelle raccolte fredde, quindi non infettiva. Mentre nei tre casi 5ª, 7ª, 8ª i fatti procedettero così. — Gli infermi avevano catarro della vescica, quindi frequenza e stimolo nel mingere, presenza di deposito muco purulento nelle urine; cateterismo ripetuto eseguito dai chirurgi a scopo diagnostico prima e poi per fare iniezioni medicamentose. Nella VIIª Oss. (Sr Grisolia) specialmente lo aggravarsi delle condizioni ve-

scicali ed i primi accenni delle sofferenze renali rimontavano appunto ai giorni immediatamente susseguenti al primo cateterismo. Mi sono convinto quindi per quella ed altre osservazioni, come risulta eziandio da osservazioni altrui e di data antica, che coi nostri cateteri infettati noi spesso trasformiamo un semplice catarro in un processo purulento settico e infettivo in vescica, da dove per semplice continuità e lungo l'uretere il processo ascende sino al rene. Tanto più quando si considera che la corrente venuta dal rene giù in vescica, nei casi nostri non è continua, ma spesso lenta e interrotta.

III. Indicazioni e Controindicazioni

Oggi sarebbe ozioso il discutere l'ammissibilità o no della nefrectomia.

Quantunque i risultati operativi di quest' operazioni non siano ancora così confortanti, come noi oggi s'è abituati ad avere per le più gravi operazioni di una volta, pure considerando che le malattie per le quali spesso essa è indicata e richiesta sono per lo più fatali all'infermo, la nefrectomia deve riguardarsi come uno dei gloriosi acquisti della moderna chirurgia.

D'altra parte è a sperare che cogli studi e l'esperienza questa giovane operazione venga migliorandosi e vada perdendo così di quella gravezza che tutte le classiche operazioni da principio hanno avuto. Allora essa potrà essere utilizzata su più larga scala e con più precise indicazioni, salvando molte vittime dalla morte, senza sagrificare reni sani.

Non credo che manchi di fondamento l'accusa d'alcuni, che cioè la nefrectomia siasi eseguita molte volte dove non era necessaria.

Che credendo di fare una laparotomia per tumore addominale siasi riuscito realmente ad estirpare un rene con alterazione, che poteva essere compensata altrimenti, non è difficile comprendere; ed è stata colpa della nostra deficiente abilità diagnostica. Che durante una laparotomia difficile siasi offeso, e quindi si sia dovuto asportare un rene sano, come è accaduto a Spencer Wells, Billroth, Thornton si capisce. Ed è un dispiacevole accidente come tutti gli accidenti che occorrono nelle gravi operazioni. Ma che poi s'estirpi di proposito un rene sano per compensare a mediocri sofferenze, è un'altra questione. In questi casi l'accusa di troppa arrendevolezza non è

fuori proposito; ed io sono convinto che parte di quelle nefrectomie che si sono eseguite, avrebbero potute essere evitate.

La nefrectomia è una grave operazione, dà in media il 45 % di mortalità, e non può essere intrapresa senza serie ponderazioni del pro e contro. È questo appunto che voglio ora sommariamente discutere.

Naturalmente nel valutare l'ammissibilità della nefrectomia in genere, ed in ciascun caso in ispecie, si dee muovere da un giusto e comparato apprezzamento dei pericoli e dei vantaggi sperabili colla operazione, messi a confronto con quelli della malattia lasciata a sè stessa, o curata altrimenti.

Or questo apprezzamento varia, perchè dipende assai dai risultati più o meno fortunati dell'operatore. Quando con dieci nefrectomie, quattro nefrotomie e tre nefrolitotomie, Thornton ha potuto ottenere 17 guarigioni, l'entità e la gravezza della operazione nel suo apprezzamento si riduce tanto, che essa può essere giudicata ammissibile anche in lesioni renali di poca importanza. Ma quella è una ben singolare eccezione, ed è giusto riflettere che nel più dei casi si trattava d'idronefrosi.

A parte quelle eccezioni dobbiamo considerare la gravezza delle operazioni da un punto di vista generale. Ebbene, da statistiche numerose e bene raccolte si rileva che la mortalità è spaventevole. La statistica redatta da Czerny porta la mortalità al 44,4 %, quella di Bolz - Billroth 47 % e l'ultima di Gross (Luglio 1885) che è più recente e completa al 43 63 %.

Fissati così i termini generali e sommarii della portata dell'operazioni vediamo quali sono i casi nei quali può quel grave partito essere legittimamente intrapreso.

1°. *Per rene mobile* più o meno doloroso fino al 1885 s'erano eseguite 22 nefrectomie con 9 morti, cioè il 40, 90 %. Io ho osservato molti reni mobili, e quantunque più di una volta avessi avuto formale invito, pure mi sono sempre rifiutato d' operare. Quando gl' infermi si sono fatti consapevoli della serietà del partito che desideravano prendere, si sono contentati sopportare le molesti dell' organo mobile e rimediarvi alla meglio e con mezzi semplici. Se io avessi voluta attenuare l'importanza dell'operazione agli occhi degli infermi, ed esagerare il quadro delle possibili future minaccie, avrei potuto agevolmente guadagnarmi l'assenso degli infermi e molto facilmente.

Quando penso che delle 22 nefrectomie per rene mobile, eseguite da tutti gli operatori del mondo, 8 appartengono al solo Martin, io devo concludere ch'egli ha operato molte volte quando non doveva, o poteva altrimenti.

L'operazione è alla portata di tutti i cospicui operatori; e se Martin ne ha eseguite tante, non è a dire che la sua abilità operativa nel caso speciale l' abbia posto in condizioni superiori agli altri come accade per alcune singolari operazioni, ma perchè egli ha creduto di trovare le indicazioni a una grave operazione, dove gli altri non le avrebbero forse viste.

Àlla gravezza immediata della nefrectomia (40, 90 %) fatta per un male spesso sopportabile bisogna aggiungere i possibili pericoli tardivi, ai quali un nefrectomizzato va esposto. Probabilmente il rene rimasto, iperfunzionando diviene più vulnerabile. E se in alcun modo ammala, le conseguenze sono più gravi e precoci, e talvolta la morte è una conseguenza, che avrebbe potuto evitarsi, ove fosse esistito l'altro rene, anche mobile e doloroso. Daltronde per compensare all'eccezionale condizione del rene mobile noi oggi abbiamo un modo più semplice e men grave, cioè la nefrorafia alla Hahn, della quale non è quì il luogo ad occuparsi. Con essa si è avuto 1 caso di morte tra 18 operati cioè il 5,55 %.

In conclusione la nefrectomia per rene mobile, anche se doloroso, se non dico che si debba proscrivere, al meno dovrà riserbarsi a casi assai eccezionali, e dopo che si saranno infruttuosamente sperimentati altri mezzi, e la fissazione del rene alla Hahn.

2. *Tumori maligni* (sarcoma e cancro). — Le stesse sconfortanti parole e la stessa riserva devo qui ripetere nello stabilire le indicazioni della nefrectomia per tumori maligni.

Nella statistica di Gross figurano 49 nefrectomie per tumori maligni con 30 (61 22 %) di morti. E si che sì sono omessi in questa statistica i tre casi fatali di Kocher, Israel e Thiersch, nei quali il rene per tante aderenze non potè essere estirpato. — Dei 10 sopravvissuti ai pericoli immediati dell'operazione, 7 morirono per precoce riproduzione, 1 per ignota causa, 1 viveva con riproduzione, 3 ancora vivevano dopo tre settimane a due mesi dopo l'operazione, ed appena 7 si potè dire essere sopravvissuti in media 28 mesi e mezzo.

Presso a poco questa è la durata media della vita di quelli sopravvissuti all'operazioni del cancro di tutte le regioni, come ri-

sulta dalle due differenti statistiche di Paget e Broca, quando ancora non si facevano le estirpazioni dell'utero per cancro, le quali hanno rinforzata ancora di più la cifra delle morti per precoci recidive.

Io mi sono indotto ad estirpare un sarcoma perirenale, che io aveva sospettato renale. — La donna guarì e così fu riportata la storia nei miei Saggi di Chirurgia, ma dipoi seppi che il tumore verso il 3°. mese si riprodusse e la mia operata morì.

Se con questi dati qualcuno vorrà cimentarsi alla leggera ad una simile operazione, io al certo non lo invidierò. Per me credo che debba essere del tutto incipiente e mobile un tumore, ed in giovane individuo, perchè si sia autorizzato a mettere in discussione una tanta operazione.

3°. *Per lesioni gravi traumatiche* con emorragia e fuoriuscita del rene può essere richiesta la nefrectomia — È buono ricordare che casi di nefrorafia dopo l'emostasi, e riposizione del rene non molto maltrattato, possono occorrere e non richiedere l'immediata nefrectomia. Io comprendo bene che durante un' operazione nel ventre tocchi la sventura di ferire o lacerare profondamente il rene o l'uretere, come è accaduto a Thornton, Archer, e che si sia obbligati seduta stante ad estirpare il rene; ma non comprendo come si possa procedendo all'estirpazione dell' utero canceroso, premeditatamente decidersi ad aspotare anche una porzione dell'uretere per poi passare seduta stante alla nefrectomia lombare, come fece Bardeneur, e come qualcuno ha voluto sostenere in massima generale. La operata morì sul letto dell'operazione nelle stesse mani di Bardeneur. Ma che importa? Il concetto fu bello, l'arte e la riputazione dell'operatore furono salve!!

4. *Per calcoli renali* s'è eseguita la nefrectomia. Bardeneur e Durham procedendo all'estirpazione del rene, supposto calcoloso si hanno trovato in mano dei reni senza calcoli e perfettamente sani.

La calcolosi renale spesso si sopporta senza gravi inconvenienti. Quando le insopportabili molestie e l'eccessiva ritenzione urinosa, o la suppurazione lo richieggono, allora è da preferire la nefrotomia, la quale serve o a compiere l'estrazione dei calcoli o ad assicurare la diagnosi, per poi vedere s'è il caso della nefrectomia. La stessa fistola renale non sempre autorizza all'estirpazione del rene.

5° *Idronefrosi e cisti del rene.* La mortalità per la prima è di 0839 °/₀ come per la seconda 46,66°/₀. Come si vede, la Nefrectomia

per quelle malattie non perde gran fatto della sua gravità — Delle quattro mie operate due perirono. Se in quei quattro casi v' erano le precise indicazioni, si può desumerlo dalle storie che infine di questo lavoro verranno riferite. In due l'idronefrosi era grande così da occupare buona parte del cavo addominale; in un terzo il tumore era di minor volume, ma molestissimo, impiantato nell' ipocondrio e sceso nell' addome. Nell'ultimo il tumore era mobilissimo, di discreto volume, ma molesto. Una diagnosi precisa di tumore idronefrotico qui non potè invero stabilirsi; e giudicai in tutti i casi non prudente scegliere la via lombare.

In conclusione non si dee essere selleciti e troppo facili a procedere alla Nefrectomia nell' idronefrosi. Conosco un distinto maestro di musica in Napoli, Sig. Caramiello, col suo rene dritto idronefrotico, che ricorrentemente si ingrossa inducendo poco fastidio ma che poi riducendosi si rende indifferente. Egli pieno di coraggio, da cinque anni ha sempre insistito inutilmente per essere da me operato. In fatti poi egli continua ad esercitare la sua professione ed a godere la vita.

Le indicazioni quindi alla Nefrectomia per idronefrosi devono essere precise; e quindi o il grande volume, e le considerevoli molestie, o le fasi suppurative debbono determinare il Chirurgo a l'operazione.

Dovendo procedere ad una nefrectomia, bisogna mettere sempre in questione prima il vuotamento coll' aspirazione per la via lombare, ch'è operazione quasi innocente; e poi la nefrotomia che in questo caso ha una mortalità del 15,15 %. E quando come conseguenza persiste una fistola, allora procedere alla nefrectomia, che così, come si è detto, si riduce assai della sua gravezza. S'intende che in certi casi di idronefrosi voluminose la nefrectomia in primo tempo è la sola indicata.

6.° *Pei processi suppurativi icorosi e caseosi o tubercolari*, è una altra quistione. Quei processi abbandonati a loro stessi senza compensi, finiscono per uccidere gl'infermi in un periodo più o meno lungo e talvolta in brevissimo tempo. Di fronte a questa posizione non vale più la considerazione della gravezza della operazione. Anzi occorre intraprenderla a tempo e non aspettare che gl' infermi si esauriscano o si ammali l'altro rene. Se il processo è tubercolare e s'indugia troppo a procedere, oltre l'infezione generale, è a temere che

si ripeta il processo nell'altro rene. Se è suppurativo, e tanto più se icoroso e di origine calcolosa, poichè il processo spesso si propaga alla vescica, e da quì può ascendere e propagarsi all'altro rene, specialmente se questo è parimenti calcoloso, l'operazione è perfettamente indicata, e più sollecitamente che è possibile.

Io ho eseguito quattro nefrectomie per casi somiglianti, e cioè, una per tubercolosi, come dissi, e suppurazione estesa anche ai tessuti perinefritici. La signora Lanzara operata il 22 Dicembre 1882, ha concepito e partorito già due volte. L'ultima bambina di otto mesi è floridissima, e la madre più florida di lei.

Altri tre per pielonefrite suppurata ed icorosa, di origine calcolosa in due.

Tre di quei quattro infermi furono operati col metodo lombare, da me modificato, con due guarigioni. L'altro col metodo mio (addomo-extra peritoneale); morto. Qui si ebbero tutte le ragioni per sospettare incipiente processo purulento anche nell'altro rene.

IV. Operazione

Venendo alle questioni tecniche operative non v'aspetterete da me, o Signori, un esame critico di tutto quello che sul proposito s'è fatto e detto. Intendo solamente discorrere di quei particolari, che mi sembrano capitali e sui quali per propria esperienza posso portare un giudizio.

Non mi pare si possa seriamente discutere sulla convenienza e sulla preferenza assoluta da dare in ogni caso ad uno dei metodi, cioè lombare o addomo-peritoneale.

Che il metodo addominale, implicando una laparotomia, sia più grave, non ne dubita più alcuno. Difatti dalla statistica di Gross si può rilevare che in 111 nefrectomie lombari,la mortalità fu di 36, 93 0[0 mentre in 120 ventrali fu di 50, 83 0[0.

Non è a dire, come riflette lo stesso Gross, che i casi di nefrectomie lombari siano stati più facili, imperocchè tra 39 estirpazioni di reni sani per fistole ureteriche, per rotture dell' uretere, ferite, mobilità e sensibilità del rene, 19 casi sono stati operati col metodo lombare con 4 morti (26, 31 0[0); mentre i 20 per laparotomia diedero 8 morti (40 0[0). Basta riflettere alle setticoemie peri-

toneali e alle peritoniti per spiegarsi la gravezza del metodo ventrale; accidenti questi che non si conoscono quasi nel metodo lombare.

Anche quando si lacera il peritoneo, (ed a me operando pel lombo è avvenuto due volte) la speciale maniera, onde la lacerazione peritoneale viene chiusa dalle anse intestinali procidenti, previene la infezione del peritoneo.

E di vero, aperto il peritoneo per ferita o lacerazione del foglietto parietale, le anse intestinali, che stanno di fronte alla lacerazione peritoneale, formano quasi una parete continua, che protegge il rimanente del cavo peritoneale. Altro è quando rimaneggando le anse intestinali accade di poter fare capitare, e lasciaregi materiali putrescibili nei diversi ed assai irregolari recessi del peritoneo.

Più facile è il metodo addominale, ma più grave; viceversa il lombare. Aggiungo che molti insuccessi in quest' ultimo si sono avuti per difficoltà tecniche ed accidenti ad esse imputabili. L'emorragia per sè e per le conseguenze, lo shok dovuto al molto sangue e al tempo richiesto per espletare l' operazione rappresentano una buona parte negli insuccessi del metodo lombare.

Ora è giusto sperare che la migliorata tecnica apporti un sensibile miglioramento nella statistica della mortalità del lombare. Cosa che è ben difficile sperare per l'altro.

Quindi in tesi generale ed astratta, se tutti i casi potessero ammettere ugualmente l'uno o l'altro metodo, non sarebbe dubbia la scelta in favore del lombare. Ma nel fatto concreto ogni caso ha le sue particolari ragioni per indicare senza quistione uno anzichè l'altro metodo. Delle mie otto nefrectomie e del sarcoma perirenale, in quattro ho eseguito il metodo lombare, in quattro l'addominale, ed in uno il mio metodo addomo-estraperitoneale. E non è stata fatta a volontà la scelta, ma la natura dei fatti me l' ha imposta, come si vedrà dalle storie.

Quando si ha, poniamo, un tumore idronefrotico voluminoso da occupare buona parte del cavo addominale, come nella II.ª e III.ª mia osservazione, come può venire in mente che per una stretta apertura lombare si possa giungere a dissecare una parete cistica aderente col suo foglietto peritoneale disteso, per tanto quanto è la estensione della superficie della cisti procidente verso il cavo addominale? È vero che colla punzione si può ridurre la cisti; ma

quando le sue pareti sono afflosciate, allora è più delicato e difficile il dissecarle dai mesocolon, e più facile l'apertura del peritoneo.

Nella V.ª mia osservazione, nella quale supposi un' idronefrosi comune, ma che in realtà era cisti da echinococco, come potea permettermi di sperare che attraverso una ferita lombare io fossi riuscito a dissecare colla mano le pareti cistiche, che erano addossate alle pareti addominali della regione epigastrica, senza tema di gravi lesioni?

Comprendo che se io avessi potuto diagnosticare la cisti da echinococco, forse avrei potuto pensare al metodo lombare, e forse meglio ancora al metodo che erroneamente s'attribuisce a Volkmann per le cisti ed ascessi epatici. Per venire a capo della diagnosi, avrei potuto fare la puntura esplorativa; ma il liquido ottenuto dà sempre occasione a risultati positivi? Le alterazioni del liquido dell'echinococco e dell'idronefrosi sono spesso sì profonde, che spesso un giudizio è impossibile ed ognuno lo sa.

Non posso passar oltre, o miei Signori, senza chiamare la vostra attenzione sulla IX.ª ed ultima nefrectomia. Il tumore da idronefrosi era mobilissimo, quasi vagante per l'addome; ma abbandonato a sè stesso, nel decubito dorsale della giovane esso allogavasi contro la parete addominale periombelicale sinistra. S'avea ragione d'ammettere un ben lungo meso-rene. Non potea propormi di procedere pel lombo, e sperare di dissecare i due foglietti del mesorene i quali doveano supporsi, come nel fatto si dimostrarono, molto strettamente ed estesamente addossati di dietro il rene; mentre anse intestinali, si trovavano allogate all'esterno.

La puntura esploratrice anche in questo caso non mi parve opportuna, nè innocente in un tumore tanto mobile, ed il cui contenuto capitando nel cavo peritoneale potea dare funeste conseguenze: Altro è quando la cisti è nel fegato. La diagnosi è più agevole, e la parete cistica tenendosi strettamente addossata alle pareti addominali, impedisce il versamento del liquido, il quale del resto essendo semplice riesce spesso innocente.

Discussi i casi, nei quali il metodo addominale ci pare preferibile, e dette le ragioni concrete delle mie quattro nefrectomie per laparotomia, voglio adesso dire le ragioni d'indicazione demetodo lombare e cogli esempi dei miei quattro operati.

Le rotture del rene e dell'uretere, le fistole renali ed urete-

riche, i calcoli ed il rene mobile anche, nel più dei casi non ammettono che il metodo lombare. V'ha infine un gruppo di morbi, ed i tumori renali, nei quali è difficile in tesi generale stabilire a quali dei due metodi dare la preferenza. Questo dipende dal volume del tumore dalla sua positura, dai suoi rapporti cogli organi e specialmente cogli intestini. In genere si può dire che quanto più grosso è il tumore, tanto più si fa più preferibile il metodo addominale, e tanto meno il lombare.

Il sarcoma perirenale, ch'io operai, mi parve così accessibile per la via lombare, ch'io non esitai un momento a preferirlo; e di fatti l'operazione potè compiersi senza grandi difficoltà.

Anche per l'idro-pionefrosi e per la pielonefrite credo di dover preferire il metodo lombare.

Thornton avendo cominciato una operazione lombare per rene calcoloso con un taglio che dal mezzo della dodicesima costola andava alla metà della cresta iliaca gli riuscì impossibile espletar l'operazione: ed allora girando la posizione procedè alla laparotomia, ed utilizzò la ferita lombare per drenare il campo dell'operazione, e chiudere la ferita addominale. D'allora Thornton divenne assai nemico del metodo lombare. Ho voluto ricordare questa speciale circostanza d'una così somma autorità per mostrare quanto può un'accidente sulle opinioni di un' operatore, e per spiegare perchè Thornton preferisce quasi sempre il metodo addominale.

Io persisto a credere che il metodo addominale nella pielonefrite debba nel più dei casi proscriversi. E non pure per le facili infezioni peritoneali, ma perchè il picciuolo costituito dai vasi, dallo uretere e dal connettivo attorno essendo spesso infiltrato di pus, non può esser lasciato giù profondamente nel campo operativo. Quando si ha quella cronica infiammazione attorno la pelvi renale e lungo l'uretere, non si può far scorrere e portare all'angolo della ferita addominale il capo superiore dell'uretere, come si fa nella idronefrosi.

Nella statistica di Gross per le lesioni suppurative, la mortalità è 35 0[0 operando pei lombi, e 77,77 per l'addome. Ed io tengo fermamente nelle suppurazioni renali all'attuazione del metodo lombare.

Una difficoltà tecnica può controindicare in un primo momento il metodo lombare; quando cioè il tumore renale è così grosso da non permettere agevolmente la sua estrazione attraverso un taglio

lombare. Perciò in due somiglianti casi ho eseguito due processi differenti che più innanzi ricorderò, cioè il lombare modificato e l'altro addomo-extraperitoneale.

Ora credo dover fare qualche osservazione sul metodo lombare quando lo si pone in atto in casi somiglianti. Con questo metodo l'operazione indiscutibilmente riesce più difficile. E in vero gli accidenti immediati e mortali dell'operazione (emorragie, incomplete operazioni, shok) occorrono e sono inerenti ad esso. E di fatti il dovere con la mano introdotta per una stretta apertura giù profondamente dissecare un organo intero, aderente, non è cosa agevole; ed in molti casi è accaduto di tirare a pezzi ed incompletamente il rene lasciando una larga superficie sanguinante e suppurante.

L'emorragia poi è l'accidente più grave e più frequente nel metodo lombare. Ed è singolare come nella statistica di Gross non figuri alcun caso di morte per emorragia o appena uno per emorragia secondaria. La spiegazione pare che sia questa: avvenuta l'emorragia il chirurgo certamente non fa morire il suo operato così. Ma le manovre necessarie a rimediare ad un tale accidente primitivo sono tali che inducono indirettamente la morte o per shok o per infezioni generali o per abbondanti ed esaurienti suppurazioni, sotto al quale titolo la morte viene registrata. Ma in realtà la ragione prima e reale di quegli accidenti fu l'emorragia primitiva.

Il caso di Billroth, publicato ultimamente nella Wiener Medicin. Wochenschrift, è dei più spaventevoli del genere. Il granchi. rurgo viennese eseguiva una nefrectomia lombare che procedeva assai stentata, quando ad un punto apparve imponente emorragia per cui l'operatore dovè accelerare i suoi atti ed espletare la enucleazione del rene. Dopo la quale l'emorragia si rese più imponente Un assistente speditamente introduce l'indice nell'apertura beante del vaso rotto: una ligatura viene gettata sotto ed altra sopra del punto emorragico. Dopo di che l'emorragia parve dominata e l'infermo medicato fu condotto a letto. Ma qui dopo pochi momenti morì. All'autopsia si scovrì che la vena emulgente era lacerata e quasi distaccata dalla cava, le due ligature cadevano in parte di sopra e di sotto del punto lacerato; ma la lacerazione della parete della cava si continuava al di sopra della ligatura superiore e si estendeva per circa sei centimetri sino al punto dove essa attraversa il diaframma. Il relatore di quell'osservazione si domanda in-

genuamente come va che non ostante quella lunga breccia sulla cava l' emorragia sia cessata dopo poste le due ligature. Le ragioni sono facili ad intendersi. Sangue ne restava ben poco nell' organismo di quell' infermo, e preclusa la via della cava, quel poco che veniva dalle vene epatiche era aspirato dal cuore.

Ora in cinque casi operati da me col metodo lombare l' emorragia non mi è occorsa alcuna volta, e naturalmente mi son domandato la spiegazione di questo fatto, e mi sono convinto che le frequenti emorragie nelle nefrectomie si debbono riferire al modo come si disseca, e si tira fuori il tumore renale.

E di fatti dalla lettura di quelle storie disgraziate ho rilevato che tutti gli operatori hanno punto e vuotato il tumore appena messane allo scoverto una porzione, e ciò per ridurne il volume e rendere possibile la dissecazione e l' estrazione.

Dalle mie storie si rileverà invece che io non pungo il tumore, se non per accertare la diagnosi quando occorre, ed in nessun caso permetto il vuotamento completo. Quando difatti il tumore resta, teso nelle sue pareti, io con la mano posso scorrere sulla sua superficie e con sicurtà seguirne i limiti e così dissecarlo. Se invece la borsa renale vuotata si affloscia, come si può con la mano riconoscere o seguire la parete renale, e dissecarla dalle parti aderenti delle vicinanze? Allora accade che le dita dissecando senza norma arrivano a lacerare la sostanza renale, ed a strappare e lacerare i vasi renali.

Invece colla mia mano introdotta profondamente procedo sulla guida della tesa parete del tumore, e disseco l' intero rognone sino al peduncolo; allora tento l' estrazione in massa; e se sono costretto a pungerlo, o se da se durante le manovre si rompe, questo fatto accade quando la dissezione è completa, e tutta la parete cistica vien fuori agevolmente, restando appesa solamente pel suo picciuolo al fondo della ferita.

Perciò io mi procuro ampia ferita capace di permetter liberamente la introduzione della mano e le necessarie manovre. Perciò nella mia 1a nefrectomia del 1882 io eseguii un'incisione curvilinea, che dal margine inferiore alla decima costola, previa una larga recesione dell' undicesima, arrivava alla cresta iliaca.

Perciò nella mia VIII nefrectomia, il grosso volume del tumore renale non facendomi sperare possibile l'estrazione per la via lombare,

e pel suo contenuto purulento e settico non volendomi decidere ad aprire il ventre, ideai ed eseguii un processo che credo dover designare come addomo-estraperitoneale; cioè procedendo dalle pareti anteriori dell' addome e senza aprire il peritoneo raggiungere il tumore. Così ho avuto il vantaggio dall' ampiezza del campo operativo come nel metodo addominale, e nello stesso tempo senza aprire il peritoneo come nel metodo lombare.

Nella storia VIII qui sottoriferita si possono leggere i particolari del mio metodo il quale non ha che fare con quello di Langenbuch, di Thornthon, di Billroth.

Un inconveniente del metodo lombare è la prolungata suppurazione, e questa è spesso mantenuta dalla tarda caduta dei lacci di ligatura.

Quando si fa una nefrectomia per piolonefrite non è prudente chiudere la ferita e medicare per prima - la suppurazione profonda e pressochè inevitabile, e può riuscire dannosa s'è chiusa e non è aperta ad un libero scolo — Essendo così, la permanenza lunga dei lacci è una cagione di ritardo alla guarigione — I lacci della 1.ª operata di Simon caddero al principio del 6° mese dopo l' operazione. Nella mia VIII i fili erano ancor solidamente fissati alla fine del 2° mese.

In quei casi accade che il tessuto compreso nell' ansa di filo si riduce in parte sino cioè a farsi più piccolo dell' ampiezza dell'ansa, e non essere più compreso; ma non si necrotizza, nè si scontinua — Anzi talvolta si rafforza per cronico processo granulante e cicatrizzante. —

Per rimediare una volta a quell' inconveniente, ed accelerarne la caduta ho introdotto i due capi di fili in un pezzo di catetere inglese, il quale venendo forzatamente spinto sù, mentre si tirano e s' attorcigliano i due capi dei fili all' estremo libero del catetere, in quella guisa l' ansa, che stringe i tessuti ligati continua ad agire per pressione, e tanto più quanto giornalmente si rendono tesi i fili che attraversano il tubo.

V. Cinque Osservazioni

Ora seguono le cinque osservazioni, di nefrectomia cioè dalla V alla IX, essendo già publicate le prime quattro nei miei *Saggi di Chirurgia Addominale.*

Oss^e *V.* Il sig. Enrico Costa di anni 34, da Napoli, celibe: il

padre morto per artrite gottosa. Nessuna malattia pregressa degna di nota.

L'infermo da 10 anni in qua ha sofferto di coliche nefritiche. Or sono 18 mesi avvertì un dolore puntorio nella regione lombare destra che su per giù è continuato sempre. Anzi nell'aprile 83 lo molestò così che l'infermo fu costretto a guardare il letto per venti giorni, durante i quali vide farsi torbide le urine. Nel luglio fu mandato ai bagni di Casamicciola. Nell'agosto gli si consigliarono le acque acidule di Castellammare. Ma i dolori si aumentarono, e s'accentuò più l'aspetto torbido delle urine, ma più in quelle emesse al mattino al levarsi da letto, che in quelle del giorno. Nel dicembre fu preso da febbre che non è più rimessa, e che nelle ore pomeridiane s'elevava da $^5/_{10}$ ad 1 grado rispetto a quella del mattino. Spesso col pus delle urine si sono notate strie di sangue.

Visitato dai prof. Cardarelli, Cantani, Capozzi e De Renzi fu fatta diagnosi di *nefrite suppurativa*, e gli consigliarono l'asportazione del rene, ad eseguire la quale fui invitato insistentemente verso la metà del marzo ultimo.

L'infermo è molto denutrito, infiacchito, anemico e sofferente per la lunga malattia. Avverte in corrispondenza del fianco destro un senso di dolore che non sa determinare. La regione si vede più tumida e piena in confronto di quella sinistra. Si palpa un tumore che nella figura e per la sede ricorda il rene circa tre volte più grosso di uno normale. Questo tumore scende fin nella fossa iliaca corrispondente, ove si limita bene il polo inferiore, in alto risale sotto le costole e si confonde col fegato, in avanti arriva a due dita traverse dalla linea alba La superficie è equabile, tesa, non dura, ma non fluttuante. La percussione timpanitica del colon ascendente, a seconda che gli intestini sono distesi, ora arriva alla linea ascellare anteriore prolungata, ora più indietro. Da questa linea fin alla colonna indietro lungo gli archi costali, la percussione è vuota. Il colon ascendente è anteposto. Discreta sensibilità alla palpazione.

La febbre è continua, ed oscilla fra i 38.5 al mattino e 39 la sera. Polso 130.

Le urine variano molto nelle loro proprietà nelle diverse ore del giorno, talvolta molto cariche e fetidissime, tal'altra no. Gli è al mattino e dopo qualche caminata o qualsiasi moto nelle stanze

che esse si guastano maggiormente, e l'infermo assicura che allora è più frequente la voglia di urinare, mentre i dolori al fianco pare si mitighino.

Le urine esaminate dal Primavera furono trovate così costituite: 1.° Esame (28 aprile 83). Peso specifico 1005, reazione alquanto acida, aspetto torbidiccio, colore pallido. Assenza di zucchero diabetico. Albumina $^{1}/_{3}$ di grammo per litro, dovuta ad una discreta quantità di muco-pus misto a tracce di sangue.

Molto scarsi tutti i principii ordinari, compresi i cloruri, da rivelare una certa poliura. — Nessun cilindro renale nel sedimento, ma insieme a molti corpuscoli di muco e di pus parecchi globuli di sangue, non che parecchie cellule epiteliali della vescica e suo collo ed un certo numero di cellule epiteliali della pelvi renale. Assenza di cilindri renali e di cristalli di ogni maniera.

2.° Esame (25 marzo 84). Albumina grammo $^{1}/_{2}$ per litro dovuta interamente al muco-pus, misto a tracce minime di sangue. — Il resto come al precedente.

L'idea dell'incisione preventiva dell'ascesso renale a scopo diagnostico fu esclusa Per la qual cosa l'indicazione dell'asportazione di quel rene s'imponeva, ed era giustificata dai gravi disturbi che mincciavano da vicino la vita dell'infermo. E quantunque, secondo i dati statistici allora conosciuti, l' operazione in somiglianti casi eseguita avesse dato risultati infelici, pure non avendo altra via di scampo, nè sapendo in altro modo sottrarre il povero Costa ad una morte sicura fu giocoforza tentare l' operazione. la quale fu eseguita il 24 aprile alle 10 antm. Oltre i soliti assistenti, vi era pure il prof. Cotronei. Dal margine inferiore della 11ª costola a circa nove centimetri di distanza dell'apofisi spinosa della vertebra corrispondente feci un'incisione curvilinea prolungata in basso fino a raggiungere la cresta iliaca, ed in guisa tale che la curva guardando la colonna vertebrale cadeva giusto allo estremo libero della 12ª costola. Con questa incisione, che accresceva lo spazio per la direzione curvilinea del taglio, fu compresa la cute, il cellulare sottocutaneo l' aponevrosi superficiale e muscoli sino a mettere allo scoperto il foglietto anteriore dell'aponevrosi del trasverso.

Durante questo primo atto operativo a misura che veniva inciso un vaso subito veniva legato, per fare che l'infermo avesse perduto la minore quantità possibile di sangue.

Incisa l'aponevrosi profonda, e messo allo scoverto un tratto del rene, lo punsi con un trequarti a rubinetto di medio calibro, attraverso del quale venne fuori del pus fetidissimo. Dalla ferita della capsula renale si ebbe una discreta quantità di sangue. Allora stretto con una pinzetta il forame praticato dal trequarti e messo da banda ogni altro strumento chirurgico, introdussi la mano in quell' ampia ferita e cominciai a dissecare il polo inferiore del rene.

Le aderenze erano fisse e tenaci per la sclerosi pericapsulare avvenuta, ond'è che la dissezione si faceva a stento e con grande difficoltà, specialmente al polo superiore, alla faccia anteriore e posteriore. Per acquistare spazio nella manovra della dissezione delle aderenze fratturai la 12a costola e l' arrovescai in fuori. Intanto da tutta la superficie di dissezione veniva una notevole quantità di sangue.

Finalmente dopo un lavoro coraggioso e paziente liberai dalle sue aderenze il rene, ed insieme alla sua capsula venne fatto procedere pel suo polo inferiore attraverso la ferita, e con le debite cautele. Il picciuolo era breve, grosso e duro: feci prima una doppia legatura a due centimetri dall'ilo, l'una per l'arteria e vena e l'altra per l'uretere: dipoi una terza allacciatura un centimetro più sotto della prima comprendendo in massa tutti gli elementi del picciuolo.

In ultimo reciso il rene a due centimetri di qua dalle ligature lo asportai, e causticato col Paquelin il moncone rimasto lo lasciai affondare. A ciascun angolo della ferita messi due punti di sutura attorcigliata, un tubo a drenaggio alle commessure superiore ed inferiore della ferita, spolverai una buona dose di iodoformio e quindi medicatura.

Tutta l'operazione fu eseguita sotto la nebbia carbolica e lavaggio al solfo fenato di zinco, e durò una ora e mezzo. — L'organo asportato era di molto ingrossato conservando però la forma ordinaria Al taglio macroscopico si trovò proprio nel centro una cavità ascessoide abbastanza vasta; circondata da tessuto renale infiltrato di pus e verso la periferia da parenchina renale quasi normale. I bacinetti erano dilatati con pareti spessite, molti calcoli riempivano la pelvi renale.

L'infermo a causa della grave operazione subita e della perdita del sangue restò in uno stato di sub-anemia: gli si amministrarono

durante il giorno marsala e brodi. Nella sera la temperatura scende a 38 e i polsi a 100. Questo stato durò per i primi giorni; ma il povero Costa si nutre male limitandosi a bere un po' di latte freddo e qualche tuorlo d'uovo nel marsala: nè vuol sentir parlare di altra alimentazione. Si medica tutti i giorni e la ferita è sempre parzialmente ricoverta da macchie necrotiche sparse qua e là; al 5° giorno appunto perchè dal fondo vien fuori un po' di prodotto fetido viene dilatata la ferita, e messo allo scoperto il moncone ch'è in parte disfatto, rammollito e puzzolente, se ne rimuove una porzione e sul rimanente si passa del percloruro di ferro: le macchie necrotiche vengono bagnate con una soluzione al 7 °[o di zinco-solfo-fenato, s'imbottisce di garza iodoformica e fascia. La febbre si mantiene mite, pure non si ha mai una completa apiressia, e le forze dell'ammalato, il quale ora rifiuta il latte e le uova, si sciupano sempre più. Per nutrirlo gli si fanno dei clisteri di brodo, e gli si amministrano pillole di carne. All' 8° giorno era in uno stato discreto, tanto che la sera stessa dopo la consueta medicatura credetti poterlo affidare all'assistenza del fratello dottore, il quale fiducioso alla sua volta pensò valersi di una cameriera di casa mentre egli andava a riposare. — Alle 4 del mattino il dottore fu svegliato perchè l' operato aveva emesso involontariamente urine e feci. E dall'ora della medicatura della sera e durante tutta la notte non gli si era stato amministrato nulla, neppure un po' d'acqua. Nè in quello stato egli provvide con qualche eccitante, per cui alle sei del mattino il decadimento progredendo rapidamente si raffredda e muore.

Oss.e VI. — Giovannina Vitale, nata Merola del fu Antonio, di anni 20 da S. Maria di Capua, maritata da un mese, donna robusta, mestruò la prima volta a 14 anni e poi sempre regolarmente, tranne un pò di dismenorrea.

Quattro anni addietro cominciò ad esser molestata da un dolore al fianco sinistro specie dopo un lavoro qualsiasi. Perdurando il dolore, tre anni or sono la sua attenzione fu richiamata da un tumore, che stava tra l'ipocondrio sinistro e la fossa iliaca dello stesso lato. Quando se ne avvide era duro e presso a poco della grossezza di una piccola arancia. D' allora il tumore è cresciuto gradatamente ed il dolore si è reso sempre più molesto. Non può riposare che sul lato del tumore. La posizione seduta non le dà fastidio quando s'inchina col tronco a sinistra. Ritta in piedi o caminando il dolore si risveglia. Urine

sempre normali. Giovane con pannicolo adiposo discreto. La regione lombo addominale ed ipocondrica sinistra è più rigonfiata. Un tumore grosso quanto la testa di un fanciullo occupa quella regione; i suoi limiti sono: parte alta della fossa iliaca sinistra, dove il suo margine presenta una specie di bilobazione, passa poi di sopra la colonna vertebrale ed a lato del promontorio sacro vertrebrale e si estende a diritta quattro dita trasverse di là della linea alba: ascende dipoi obbliquamente da destra a sinistra e dal basso all'alto verso l'ipocondrio sinistro, che riempie e distende. Riempie altresì la regione lombare e propriamente quella renale. Gli intestini lo circondano da per tutto, di guisa che nella parte bassa della fossa iliaca, e in quella postero-inferiore lombare la percussione è timpanitica. Solamente il corpo del tumore è scoverto d' intestini ed in contatto immediato colle pareti addominali lungo gli archi costali in giù per quattro dita trasverse, e dalla regione epigastrica sino in dietro verso la metà della 12ª costola.

La superficie del tumore è piuttosto equabile, o appena designata a grandi bozze, la consistenza è piuttosto notevole, in alcune sezioni pare addirittura dura: appena in una piccola sezione di sotto gli archi costali, la consistenza sembra un po cedevole da far sorgere l'idea di una fluttuazione. La massa appare discretamente mobile. Il chirurgo curante ricorda e dice essere occorsa una volta una notevole ritenzione di materiali fecali nelle anse intestinali anteposte al tumore in basso.

Il giorno 8 agosto ore 9 del mattino, presente il Prof. Maffucci incisione sulla linea alba a tre dita dall' appendice xifoide sino a quattro dita al di sotto della cicatrice ombelicale. Aperto il cavo addominale e spostato il labbro sinistro della ferita in fuori si raggiunse tutta la sezione più prominente del tumore scoverta d' intestini. Lo si trova coverto dal foglietto anteriore del mesocolon, foglietto disteso e turgido per grossi vasi specialmente venosi. Si lacera con le dita e non occorre alcuna legatura (lacerazione verticale); con la mano introdotta profondamente si constatò l' impianto largo del tumore nella regione lombo vertebrale sinistra. Si incide verticalmente la forte capsula inspessita del tumore e con pazienza si raggiunge a dissecare tutto l'intero tumore, che si riconosce per rene, ora ch'è portato al di fuori della ferita e che pende solo per un sottile picciuolo rappresentato dai vasi renali ed uretore.

Si lega con forte seta il sottile picciuolo, il cui filo insieme ad un tubo a drenaggio viene portato fuori attraverso una contro apertura praticata nella regione più bassa e profonda del lombo. Non occorre fare alcun'altra ligatura.

La fovea lasciata dalla enucleazione era già molto ristretta ed asciutta di guisa che bastò far ricadere su d'essa la sezione scollata della capsula col lembo del peritoneo mesocolico per separare del tutto la cavità peritoneale della superficie sanguinante che conteneva il picciuolo coi fili ed il drenaggio portati al di fuori. Non una sola legatura delle pareti addominali o del peritoneo o della superficie d'enucleazione. Nel primo giorno il corso fu tipico, verso sera temp. 38 e l'indomani 38.4: polso frequente, 112, del rimanente nulla di allarmante. La febbre persiste, al terzo giorno raggiunge 39,5 con polso 140. Il giorno precedente si era medicata e si ripetè la medicatura in terza giornata. Poco prodotto siero sanguigno, inodoro, si fanno iniezioni pel tubo con leggera pressione: si muove e si ritira un po' il grosso tubo con lo scopo di liberarlo da qualche punto di compressione o svolgerlo da qualche ripiegatura: ma non viene alcun prodotto. Nella notte la febbre si rialza al di sopra di 40, il polso a 140, l'inferma diviene irrequieta, insonne: nessun mezzo, nè le forti iniezioni di chinina valsero a mutare quello stato, e nella sera con la temp. a 41. e con polso frequentatissimo intermittente e piccolo la operata muore. Niente meteorismo o fenomeni nel tubo gastro enterico.

All'autopsia fatta dopo, rimossi i punti addominali, lievi aderenze delle pareti, le quali si lasciano scollare. Niente essudato peritoneale, peritoneo normale, intestini depressi. La capsula del rene tutta raccolta su sè stessa non lasciava ritrovare la breccia fatta per la enucleazione del rene. Dopo accurata ricerca la si trova e riapertala si vede la cavità di molto ridotta e contenente circa 80 grammi di un liquido siero sanguinolento in via di forte decomposizione. Il tubo a drenaggio che vi pescava era ripiegato a mo' di ginocchio, tanto che non permetteva il libero scolo del liquido.

Il rene ingrossato aveva assunto una forma rotondeggiante — era coverto di forte e sclerosato tessuto connettivo. — Appena il labbro posteriore dell'ilo renale era riconoscibile, come una sottile striscia allungata e distesa sul segmento postero-interno del tumore. Aperto il tumore potè dissecarsi assai agevolmente e per intera la

vescica da echinococco — il contenuto era liquido, un po' torbido senza alcuna vescica figlia. La sostanza renale in tutta la sua estensione era così distesa, assottigliata, e trasformata, che sembrava una membrana spessa d'una cisti. — Appena col microscopio potè riconoscersi l'atrofizzata sostanza renale.

Osservazione VII. — Pileonefrite suppurata e settica, d'orine, calcolosa — Nefrectomia lombare. Guarigione.

Girolamo Grisolia, dei furono Serafino e Mariangela Signori, da Amendolara (Cosenza) d'anni 43.

Nel 1882 essendo in perfetto stato di salute divenne diabetico fino a 60 gr. di zuccaro per litro. Colla dieta carnea guarì. Continuando nella dieta carnea dopo parecchi mesi soffrì d'una colica nefritica alla regione destra; e dopo aver visto per alcuni mesi nelle sue orine parecchie particelle arenose con appropriate cure si guarì del tutto; ma cominciò a notare che le sue orine erano un po' torbide, e poi cominciò a formarsi addirittura qualche deposito.

Non fu trovato mai più zuccaro, ma prodotti d'un catarro vescicale.

Nel luglio 1882 facendo i bagni marini cominciò ad orinare più spesso e con dolori intensi all'uretra, e colla emissione si provocava sensazione molesta al perineo.

Ma le orine di quando in quando divenivano meno torbide e talvolta addirittura si chiarivano.

Nell'està del 1883 fu sondato da parecchi distinti professori di Napoli, e fu diagnostico un catarro subacuto della vescica.

Da quel tempo però il Grisolia cominciò a soffrire maggiormente e specialmente fu poco dopo il primo caterismo che cominciò ad avere febbri accessionali che risolvevano con sudore; febbri le quali da quel tempo sono ricorse sempre. Dal novembre ultimo l'infermo asserisce che talvolta le orine si fanno limpide, lo stimolo dell'orinazione si mitiga, e nello stesso tempo le febbri ricompaiono insieme a piccole molestie nella regione del fianco destro Fatti questi che con grande precisione si sono potuti verificare durante la nostra assistenza.

Il Grisolia è un uomo alto e di buona costituzione organica, ma denutrito in modo straordinario e pallidissimo. La regione del fianco destro è più piena e prominente dell'omonima. Con la mano si palpa un tumore oblungo che riempie il lombo sino alla colonna

vertebrale; col suo estremo inferiore raggiunge appena il livello della cresta iliaca e si prolunga in alto profondamente sotto gli archi costali e dietro del fegato. Il suo limite interno è un pò concavo da ricordare l'ilo del rene, ed arriva alla linea alba.

La sua superficie accessibile è regolare, non bozze, non bernoccoli, la sua consistenza molto elastica, un po' sensibile alla pressione e spostabile un po' nelle profondi escursioni respiratorie. La percussione è vuota dalla linea ascellare anteriore prolungata ad andare indietro lungo gli archi costali: di fronte al tumore pare si osservi il decorso del colon ascendente, tutta la fossa iliaca dà percussione timpanitica.

Le orine sono fetide con deposito purulento abbondante. Esse di quando in quando migliorano nella loro costituzione, ed allora il tumore chiaramente s'ingrossa e ricorre la febbre, la quale raggiunge la sera i 39° e più, i dolori si propagano talvolta lungo l'inguine giù fin nelle cosce (parti interne).

Si fa diagnosi di pielonefrite suppurata, con icorizzazione del prodotto. In vista dello stato grave dell'infermo, l'operazione non venne raccomandata perchè reputata gravissima. Però la determinata volontà dell'infermo e dei parenti mi inducono ad accettarlo nella mia casa di salute, dove fu condotto in uno stato estremo di debolezza ed esaurimento.

21 aprile 1885. Assisteva il prof. Maffucci. Incisione, curva a convessità anteriore, partita dal margine inferiore dell'undecima costola passando un due cent. d'innanzi all'estremo libero della 12ª costola, scendo fin alla cresta iliaca, poco dietro della spina iliaca anteriore superiore. Ligati pochi vasi muscolari, scoverto il tumore disseco agevolmente il polo inferiore e così la sua faccia anteriore e posteriore; ma la dissezione del polo superiore riesce lunga e stentata, finalmente ridotto il volume del rene con una puntura col tre quarti riesco a tirar fuori il tumore. Ligatura in due del picciuolo ed altra ligatura in massa. Si cauterizza col termocauterio il picciuolo e si lascia affondare. Allora mi avveggo d'una larga breccia fatta sul peritoneo retro-epatico, ed attraverso la quale si veggono la cistifellea e tutti i vasi dell'ilo, del fegato e qualche ansa intestinale.

Cucitura a sopragetto col catgut dei margini della ferita pe-

ritoneale. Due spilli a ciascun angolo della ferita esterna ed il resto medicatura con imbottimento alla garza iodoformica, e tubo.

Fin dal primo giorno cade la febbre che ricompare mite al settimo giorno per scomparire definitivamente al decimo.

Suppurazione buona e scarsa della ferita che incomincia a granulare bene ed estesamente. L'infermo comincia ad appetire ed a nutrirsi. Dopo un mese si procura la caduta dei fili per mezzo di trazioni fatte sugli estremi dei fili introdotti dentro un pezzo di catetere inglese che viene forzatamente spinto giù profondamente contro l'ansa dei nodi. Al 2 giugno l'infermo si ritira a casa sua portando ancora uno stretto tragitto d'ammettere un piccolo tubo che scende per 6 centimetri. Dopo due mesi vien fuori un nodo di allacciatura perduto, l'infermo si ritirò in paese portando ancora un capillare tragitto fistoloso, che adesso è chiuso del tutto.

Il rene è grosso quattro volte più che il volume normale, ed è convertito in una sacca a pareti assottigliate e contenente pus guasto. Un calcolo ramificato e grosso sta nella pelvi con un prolungamento informe nell'uretere.

È a notare che fin dal primo giorno dopo l'operazione le orine cominciarono a migliorare, e dopo pochi giorni divennero addirittura limpide e normali.

Non fu possibile raccogliere le orine nei primi giorni perchè l'infermo molestato ancora da piscio frequente ed un po' indisciplinato come era, si lasciava scappare l'orine nel letto.

Osservazione VIII. — Pielonefrite suppurata ed icorizzata. Metodo addomo extraperitoneale dell'Autore. Morte, — Francesco Tricarico è un uomo sui cinquant'anni con scheletro atletico. I suoi genitori furono esenti da diatesi urica od ossalica. Il padre ed alcuni suoi zii morirono d'apoplessia cerebrale. Fino al 1868 non soffrì alcuna malattia di rilievo. Si contagiò tre volte di blenorragia e due volte di ulcere veneree. Dei suoi tre fratelli uno morì colla malattia di Addison e gli altri due son viventi e soffrono di litiasi urica. Emigrò nel 1868 nell'America Meridionale, e quivi si accorse emettere con le urine delle arenule rosse. Successivamente andò soggetto a forti coliche nefritiche, per cui fece uso di semicupi tiepidi ed alcalini. Rimpatriato nel 1872, le coliche si ripetettero ma con minor intensità e si alleviavano coi calmanti ed i carbonati di soda e di litina. Mai scomparvero gli urati dalle urine. Nel 1881 ebbe una

quarta blenorragia, che, mal curata, si volse a blenorrea. D'allora le urine uscivano frammiste a muco-pus. Si suppose un catarro vescicale ed ordinarongli i diuretici, i balsamici, le iniezioni astringenti, i bagni di Castellamare, e grandi dosi di acqua acidula. Ritornato due anni addietro ai bagni, il supposto catarro non guarì, e fu assoggettato a cure più energiche e ad alimentazione lattea. Ma peggiorando sempre, nell'ultimo aprile sospese ogni cura.

Sullo scorcio del detto mese, fu travagliato da febbri a tipo intermittente vespertino con anoressia e deperimento nutritivo. Si amministrò la chinina, la febbre però fu ribelle e ad ogni mezzo. Ai 19 di Giugno, si recò una terza volta ai bagni di Castellamare, bevendo pure molta acqua acidula. Da principio le urine si resero più chiare, diminuì il sedimento: ma tosto la miglioria cessò col raggravarsi dei fatti morbosi. Abbandonata quindi la cura balsamico-alcalina, praticava solo le iniezioni vescicali, due volte al giorno, di borato sodico. In seguito gli sopraggiunse un catarro bronchiale penosissimo, e per molti giorni passò notti insonni. Venuto in Napoli, fu osservato dal Professor CARDARELLI, da cui seppe trattarsi di pielonefrite sinistra suppurata. Il Prof. Ranieri lo condusse e lo presentò a me. Io senza sapere del giudizio Cardarelli, feci diagnosi di piolonefrite suppurata e proposi al paziente l'estirpazione del rognone, per liberarsi radicalmente dalla gravissima e letale malattia, e fu subito accettata. — Ed il Trcarico fu accolto nella mia casa. La pelle e le mucose apparenti sono pallidissime, la nutrizione sommamente sciupata. Importanti note obbiettive presenta l'esame dell'addome. A colpo d'occhio scorgesi una sporgenza conico rotondeggiante sotto l'ipocondrio sinistro, che insensibilmente si perde nel fianco omonimo. Palpando il fianco sinistro, toccasi distintamente un tumore quanto un ben grosso cedro, nascosto in buona parte sotto l'arco costale, ed in parte sporgente per quattro dita traverse e col suo polo inferiore che discende fin giù nella fossa iliaca. La sua superficie non perfettamente liscia, di consistenza duro elastica, spostabile coi movimenti comunicati e respiratori. La forma non è ben definita stante il prolungamento del tumore sotto l'ipocondrio. La percussione dà una risonanza semitimpanica, dovuta al colon discendente anteposto al tumore in corrispondenza della linea papillare prolungata. Ciò viene provato con una iniezione d'acqua acidula e poi alcalina spinta con l'enteroclismo.

Con una mano sull'addome e l'altra sulla regione lombare si rileva una corrispondenza precisa ed immediata dell' impulso che con una mano si trasmette all'altra e viceversa. Le urine erano torbidissime per pus fetidissimo frammisto in quantità variabile.

Fatta diagnosi di pielonefrite suppurativa settica, dopo fatte le debite riserve pronostiche coi parenti, si passa all'operazione.

31 Luglio. Erano presenti i prof. Virgilio, Ruffo, e Santulli di Aversa. Feci dapprima presente a quei signori, come io non volendo procedere per l' addome, avendo dinnanzi a me un rene con contenuto purulento e settico, e quindi eminentemente infettante, e non potendo d'altra parte sperare di tirar fuori il grosso tumore per la via lombare, avea ideato, ed esposi perciò a loro in tutti i dettagli il metodo, che voleva eseguire, e che qui va ad esser descritto. Cloroformizzazione, incisione partita da sotto la cartilagine della ottava costola verticalmente in basso in direzione della metà del ponte di Poupart. — Poche legature muscolari — Scoverto il foglietto parietale del peritoneo lo si scolla sino alla sua porzione riflessa, che a sua volta scollata viene spostata molto in dentro insieme agl'intestini, che conteneva; precisamente come si procede nella ligatura delle iliache. Così si arriva a scovrire tutta la superficie anteriore inferiore del tumore renale. Il rene era enorme, del peso di due chilogrammi circa, pieno di marcia ed a superficie mammellonata. Un grosso calcolo era incuneato nella pelvi renale, da riprodurre la forma dei calici renali. Si durò molta fatica a cacciarlo, temendosi lo spappolamento. La pelvi rammollita cedette alle trazioni, ed il viscere quando fu messo fuori, bruscamente se ne distaccò, e cadde proprio a terra. Della marcia verdastra e fetida si versò nella ferita, ma fu presto nettata con spugne.

Il peduncolo, rimasto libero, dava sangue, ma fu sollecitamente assicurato con la forte e robusta pinza del Billroth. Per gli sforzi impiegati ad enucleare il rognone, si lacerò per 4 a 5 centimetri il peritoneo scollato, senza che nessun liquido penetrasse nella cavità, stante il livello superiore della lacerazione. Fu suturato con seta fenicata a sopraggetto. L' incidente non preoccupò l'operatore; giacchè è risaputa l' innocenza delle piccole aperture del peritoneo. Infatti tutti sanno che quando questa sierosa è semplicemente lacerata per brevissimo tratto, il pacchetto intestinale spingendosi

avanti chiude la breccia, ed il cavo peritoneale è fuori contatto dell'aria e dei liquidi.

Non diversamente accade nelle ferite addominali, quando non si approfondano molto in cavità. Risulta una doccia, il cui fondo è rappresentato dalle intestina perfettamente combaciate con le labbra della ferita, ed il sangue, se è limitato, si alloga tra gli intestini medesimi e lo pareti addominali. Nulla penetra nel peritoneo.

Ligato doppiamente il peduncolo ed imbevuto di percloruro fu affondato. Dalla controapertura fatta in dietro nel fondo del lombo fuori escono il tubo, i fili del picciuolo e pochi altri dei vasi ligati. Emostasia, toilette, spolverizzazioni di jodoformio.

La ferita addominale, venne cucita con sutura profonda e superficiale. Il tubo che con un capo usciva dalla contro-apertura lombare coll'altro veniva fuori dal mezzo della ferita addominale. Medicasi con nuovo jodoformio la linea di sutura e si covre con strati di ovatta fenicata e sgrassata più superficialmente. L'operazione durò un'ora.

31 luglio ore 8 p. m. Nulla di notevole salvo il rincrudelirsi della tosse del catarro bronchiale pregresso. Ore 12; 38°8.

1 Agosto ore 8 a. m. 40 2. Si medica con soluzione al sublimato 1 ‰, pochissimi cenci necrotici dalla ferita, niente pus. L'acqua di lavaggio è pochissimo intorbidata. Nella sera temp. 38. 8.

Brodo consumato, marsala, purè di carne.

Le urine migliorate un poco, ma sono purulenti ancora.

Ore 8 p. m. 39 5, la tosse si accentua, a cui si si aggiunge un certo grado di dispnea.

2 Agosto 6 a. m. 38 9
12 » » 39 3
8 p. m. 39 5
12 » » 39 6

Si medica con le solite irrigazioni, marcia niente, scarsissimi i cenci necrotici, l'acqua di lavaggio poco torbida. La tosse sempre stizzosa, si modera con l'oppio, la lingua è umida, sete moderata. Brodo, marsala, purè di carne, torli di uova.

3 Agosto. Solita medicatura, al primo tubo se ne sostituisce un secondo, temendo che il primo fosse otturato. Nessun prodotto purulento la temperatura oscilla negli stessi limiti come sopra, addome trattabilissimo, polsi deboli 120 al minuto con 40 atti respiratorii. Scari-

che diarroiche, insonnio. L'ammalato è abbattuto con integrità della intelligenza. Non si riesce a raccogliere tutte le urine. La quantità si valuta scarsa, e sono sempre torbide.

4 Agosto. La ferita dà gli stessi prodotti necrotici scarsi, manca sempre una suppurazione franca, si lava al solfo-fenato di zinco al 7 0[0. La temperatura è la stessa, qualche volta tocca i 40, 2. Sensorio attutito, polsi 140 piccolissimi e vuoti, 44 respirazioni: Scariche liquide ripetute, qualche volta involontarie, lingua sempre umida. Maggiore abbattimento, irrequietezza, sudori viscidi e profusi.

Si prova l'antipirina, due grammi, in quattro pacchetti, dati di ora in ora.

La temperatura da 39, 8 scende a 38, 8 e si mantiene per tre ore. L'incompleto risultato è seguito da fugace miglioramento, l'intelligenza si fa alquanto chiara. Tosto la febbre risale a 40, nè si ritenta l'antiperina, nulla potendo vincere la grave infezione. Subdelirio. Marsala, acque aromatiche, purè di carne, brodi.

5 agosto. Scucitura ed apertura di tutta la ferita addominale. Fa senso il pallore e la secchezza della superficie della ferita, sembra una piaga su di un cadavere. Lavaggio al solfo-fenato di zinco, si spalma tutta la cavità con glicerolato di jodoformio a parti uguali Il collasso sempre crescente, l'infermo muore alle 2 pom. del medesimo giorno.

Non è facile spiegarsi la morte. Certo, quantunque la ferita non desse alcun prodotto settico manifesto, non può disconvenirsi che l'altezza della febbre, il tipo sub-continuo e l'abbassamento del sensorio deponevano per una gravissima setticemia, la quale, deprimendo i centri nervosi, finì con lo spegnere, in sei giorni, la vita dell'operato. Eppure la sua costituzione dava molto a sperare, considerando che un tal Grisolia, ricevuto in condizioni deplorevoli, con febbre a 40° da non reggersi in piedi, superò felicemente l'istessa operazione.

Ironia della sorte! Nel Grisolia il peduncolo fu carbonizzato col termo-cauterio, nel Tricarico fu imbibito con la soluzione di percloruro, ed io non avendo nulla a rimproverarmi, deplorai l'omissione dell'efficace precetto. La carbonizzazione di quel peduncolo ricco di grasso avrebbe forse evitato il fomite d'infezione.

Si sa quanto il tessuto adiposo favorisca la sepsi, messo in faverevoli condizioni, ed è noto del pari come la ligatùra di questi peduncoli abbia bisogno di molti giorni e mesi pel distacco. Un tal

ritardo va sempre a detrimento del buon decorso delle ferite, le cui superficie non danno granulazioni di buono aspetto, quando il fondo è a contatto di sostanze mortificate e putrescibili. Il rene è molto grosso, come s'è detto. La sua superficie è a piccola base. Spaccato si rinviene nella pelvi un informe calcolo d' urati, che si prolunga un po' nell'uretere. Eccettuato un sottile strato di sostanza corticale renale conservata, il resto è una cavità suppurante. Fra queste e la sostanza renale corticale esiste uno strato di tessuto spesso da 1 cm. e più di tessuto renale midollare infiltrato di pus, come se fosse un'infiltrazione caseosa.

Osservazione IX. — Idronefrosi parziale, Nefrectomia; guarigione — Emilia Marzano, da Napoli, di 21 anni, maritata, ha fatto un sol figlio. Mestruata a 17 anni, e poi sempre regolarmente, non ricorda alcun'altra malattia precedente.

All'età di 13 o 14 anni si avvide di un piccolo tumore mobile che nella giacitura supina si piazzava di sotto l'ipocondrio sinistro e propriamente in fuori ed in sopra della cicatrice ombelicale. Sorto indolente, si mantenne sempre tale, e crebbe lentamente sino a 3 mesi fa, dalla quale epoca è cresciuto rapidamente ed ha raggiunto il volume attuale.

Nessun fastidio per questo tumore accusa l'inferma, se ne togli un incitamento al vomito dopo il pranzo, senza che però si espleti.

Stato attuale. — La regione dell'ipocondrio sinistro si presenta sollevata a mo' di sfera, come se sotto le pareti addominali corrispondenti vi fosse una testa di feto che, spingendola innanzi, la rendesse sporgente. La sporgenza raggiunge l'ombelico a dritta, e lo sorpassa alquanto in giù. In alto si perde sotto l'arco costale e indietro raggiunge la linea ascellare posteriore. Nella forte inspirazione si vede scorrere sotto le pareti addominali il tumore, che scende e raggiunge quasi la cresta iliaca corrispondente, e sorpassa di poco la linea alba a dritta. Appena cessa l'ispirazione, il tumore ripiglia il suo posto primitivo. Colla palpazione si constatano i fatti rilevati dall'ispezione, il tumore della grandezza di una grossa testa di feto a termine, di forma perfettamente rotonda, di superficie liscia, fluttuante, spostabilissimo nella giacitura supina, il suo posto, direi prediletto, è sotto le costole spurie di sinistra, dalle quali viene quasi a metà nascosto. Il limite inferiore sorpassa la cicatrice ombelicale di due dita. Spinto in su sale, sino a nascon-

dersi in gran parte sotto gli archi costali. Lo si può portare ove si vuole nell'addome, tanto è la sua spostabilità. Però, appena lo si lascia, ripiglia la sua posizione primitiva. In posizione eretta, il tumore scende quasi a toccare la cresta iliaca corrispondente e per un quarto del suo volume sorpassa a dritta la linea alba.

Il riscontro vaginale non fa contastare alcuna relazione del tumore coll'utero per il niun movimento che questo riceve nella trazione del tumore. La percussione alla regione epatica e splenica ed alle renali normale. Anche nel lombo sinistro, quindi esternamente e dietro il tumore, percusssione chiara. Dopo quest' esame, è naturale che la diagnosi presentasse delle difficoltà. Quelle che si misero in campo furono: tumore renale, tumore dell' epiploon, tumore ovarico. Di quest' ultimo aveva tutte le apparenze; nè la nessuna connessione coll'utero provata solo per le trazioni eseguite sul tumore, poteva essere una seria obbiezione, poichè un lungo picciuolo potea benissimo dare quel risultato. Quello però che fece scartare recisamente questa diagnosi fu la tendenza che avea il tumore a ripigliare il suo posto sotto l'ipocondrio, non appena lo si spostava, e il primo apparire di esso in corrispondenza della cicatrice ombelicale: non chè il fatto che spingendo il tumore profondamente nell' ipocondrio, si riusciva a mantenervelo senza molestie, ed allora anse intestinali venivano a covrire il tumore.

La diagnosi di tumore renale, su rene mobile, fu quella principalmente più accarezzata tanto più che a me parve di sentire in alto un certo prolungamento a guisa di picciuolo sotto l'ipocondrio sinistro. E per il lungo decorso e l'andamento narrato nella storia, pensai ad una cisti di echinococco. Ben inteso, emisi questa diagnosi di probabilità, non escludendo la possibilità di un tumore dell'epiploon. L'incertezza per la diagnosi di tumore renale era per varie considerazioni: prima pel risultato della percussione renale, che non dava differenza di sorta in ambo le regioni, e poi perchè, infossando le dita della mano nell'angolo che fa la XII costola colla massa muscolare vertebrale, e coll'altra facendo pressione e movimenti del tumore, sembrava di avere la sensazione come se tra le dita infossate in quel sito ed il tumore, oltre alla spessezza delle pareti addominali, ci fosse interposto qualche altra cosa che ricordasse il rene. Se a questo si aggiunga la forma del tumore, che non dava neppure lontanamente il ricordo della forma del rene, e poi

la positura degli intestini nella loggia perirenale e il non avere potuto scovrire anse del colon di fronte al tumore, la diagnosi di tumore renale si rendeva viemaggiormente problematica, e per lo meno si doveva supporre un rene mobile nel cui parenchima si fosse indovato un tumore cistico. Intanto si avrebbe potuto pure pensare ad un tumore avente origine dalla milza, se la percussione di questa non l'avesse fatta constatare normale per sede e volume. In questa incertezza di diagnosi intanto, ciò che sorgeva indicato era l'operazione per la rimozione di quel tumore a qualunque di quegli organi su esposti esso appartenesse

Infatti l'Emilia venne sul letto dell'operazione il 30 novembre.

Previa cloroformizzazione, si eseguisce l'incisione delle pareti addominali a strati, cominciando a quattro dita da sopra la cicatrice ombelicale in giù, giusto tenendo presente la probabilità di un tumore renale. Aperto il peritoneo nel segmento inferiore del tumore si riconosce il colon trasverso, e nel superiore il margine inferiore della grande curvatura dello stomaco di guisa tale che tutta la fronte del tumore era coverta dal ligamento gastro-colico disteso, assottigliato e molto vascolare; s'incide questo per un piccol tratto; si allarga il resto per lacerazione; punzione; fuoruscita di un liquido color caffè e latte; dissezione del corpo cistico colle mani; arrivati al polo superiore, si riconosce la sostanza renale e si comprende nella dissezione. Ligatura doppia dei vasi in alto e dell'uretere in basso, ligatura in massa sovrapposta; cauterizzazione col termocauterio di tutta la superficie del picciuolo, e dell'interno del moncone ureterico; affondamento. Si raccolgono e raffrontano i due lembi del ligamento gastro-colico. *Toilette* che riesce spedita; punti di sutura delle pareti addominali con seta fenicata. L'andamento fu dei più tipici, tranne il vomito nel primo giorno. La temperatura raggiunge 38,2° C.; quantunque il polso in alcune ore del giorno arrivasse sino a 112 (la giovane era convulsionaria); al settimo giorno si medica. Ferita riunita ed asciutta. Si tolgono tutti i punti di sutura. Al 16 novembre ritorna a casa.

Anatomia patologica. — Ripiena la sacca cistica di crini il tumore piglia l'aspetto di una cornamusa, grande quanto una testa di feto a termine. La sezione superiore, più piccola, è costituita dal polo superiore del rene alquanto atrofico; l'inferiore dalla cisti, la cui parete raggiunge la spessezza di circa mezzo centimetro. La

metà inferiore del rene è quella che, gradatamente dilatandosi forma la parete cistica; la quale del resto si continua colla sosotanza renale conservata del polo superiore. — Sembra una cisti o un' idronefrosi parziale della metà inferiore del rene. La superficie esterna della cisti è liscia, regolare, di colore bianco sporco, tranne nel sito ocupato dal rene, dove il colorito è come quello della sostanza renale. Internamente la cisti non ha superficie equabile, ma di tratto in tratto vi è appiccicata una sostanza friabile, di colorito più oscuro di quello della parete cistica; quasi fosse la parete di un ascesso freddo.
